

LUCIA COSTA-PAIVA¹ARMANDO ANTUNES JUNIOR¹AARÃO MENDES PINTO-NETO¹

Conduta atual em pólipos endometriais

Current management in endometrial polyps

Editorial

Devido ao uso rotineiro da ultrassonografia pélvica transvaginal, o diagnóstico de pólipos tem sido cada vez mais frequente. Uma vez diagnosticado, a polipectomia por histeroscopia tem sido realizada quase que rotineiramente em todos os casos. Esta conduta de “ver-e-tratar” é questionável, porque é baseada na opinião de especialistas e em poucos dados de estudos com nível I de evidência. A questão é: a remoção é sempre necessária¹?

Pólipos endometriais são, por definição, projeções localizadas do tecido endometrial, onde se observa uma distribuição irregular das glândulas endometriais, estroma hiper celular denso e vasos sanguíneos com paredes espessadas, recobertas por epitélio pseudoestratificado ativo ou, na pós-menopausa, por epitélio plano e inativo².

A prevalência dos pólipos endometriais varia de 7,8 a 34%, em mulheres com sangramento uterino anormal, sendo mais comuns em mulheres na peri e pós-menopausa. Entretanto, sua real frequência não é conhecida pela diversidade das populações avaliadas nos diversos estudos e por serem muitas vezes completamente assintomáticos, podendo ser diagnosticados em cerca de 12% de mulheres assintomáticas, ou seja, sem nenhum sangramento anormal. Na pré-menopausa são menos comuns, mas podem ser encontrados em 10 a 40% das mulheres com sangramento anormal³⁻⁶ causando menorragia, menstruações irregulares, sangramento pós-coito ou sangramento intermenstrual⁵.

Os pólipos endometriais são frequentemente benignos, mas podem apresentar alterações histológicas pré-malignas e malignas; porém, essa taxa é baixa¹. Uma revisão sistemática conduzida por Lieng et al. em 2010 incluindo mulheres submetidas à polipectomia com posterior confirmação histológica mostrou que os pólipos malignos estiveram presentes em 0 a 12,9% das mulheres, e as lesões pré-malignas em 0,2 a 23,8% dos pólipos endometriais⁷. Estudo realizado por Antunes et al. em 2007 com mulheres brasileiras observou uma prevalência de 1,0% de pólipos com hiperplasia endometrial atípica e 2,7% de pólipos carcinomatosos⁸.

Alguns fatores de risco para malignidade dos pólipos são bem reconhecidos como a idade, presença de sangramento anormal e estado pós-menopausa. Estudo de meta-análise mostra que a prevalência de malignidade foi de 5,4% em mulheres com pólipo endometrial que estavam na pós-menopausa em comparação com 1,7% na pré-menopausa. Com relação

Correspondência

Lucia Costa-Paiva

Departamento de Tocoginecologia, Faculdade de Ciências Médicas,
Universidade Estadual de Campinas
Rua Alexander Fleming, 101 – Cidade Universitária “Zeferino Vaz” –
Barão Geraldo
CEP: 13083-881
Campinas (SP), Brasil

Recebido

27/09/2012

Aceito com modificações

14/12/2012

Trabalho realizado no Departamento de Tocoginecologia, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP – Campinas (SP), Brasil.

¹Departamento de Tocoginecologia, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP – Campinas (SP), Brasil.

ao sangramento a prevalência foi de 4,1% nas mulheres com sangramento anormal em comparação com 2,1% das mulheres sem sangramento anormal¹.

Outros fatores como obesidade, hipertensão arterial, distúrbios hormonais associados como *diabetes mellitus* e o tratamento com tamoxifeno em pacientes com câncer de mama também têm sido relatados^{3,4}. Muitos estudos demonstraram que o uso de tamoxifeno, um modelador seletivo de receptor estrogênico usado como tratamento coadjuvante do câncer da mama, aumenta o risco de malignidade dos pólipos endometriais⁹, relatando uma prevalência que varia de 30 a 60% e maior associação desses pólipos com carcinomas¹⁰.

Estudo brasileiro realizado por Costa-Paiva et al.¹¹ com análise de 870 pólipos endometriais ressecados por histeroscopia e diagnosticados histologicamente mostrou que os únicos fatores associados ao maior risco de malignidade foram o sangramento pós-menopausa e idade superior a 60 anos, com razão de prevalência de 3,6 (IC95% 1,6–7,9) e 1,05 (IC95% 1,01–1,09), respectivamente, comparado a mulheres assintomáticas.

O tamanho dos pólipos também parece estar associado ao risco de malignidade. Estudos mostram que pólipos com mais de 15 mm têm maior risco de estar associados à hiperplasia atípica e carcinoma endometrial comparados a pólipos menores^{3,12,13}.

Em relação a métodos disponíveis para o diagnóstico, a ultrassonografia pélvica transvaginal fornece informação confiável para a detecção do pólipo endometrial e deve ser o método de escolha para investigação inicial. Para mulheres em que a ultrassonografia isolada mostra achados incertos, a utilização de contraste intrauterino na histerossonografia também melhora a capacidade diagnóstica dessas lesões endometriais. Entretanto, a histeroscopia com retirada da lesão continua sendo o padrão-ouro para o diagnóstico e tratamento dos pólipos⁵.

A histeroscopia diagnóstica tem alta acurácia para o diagnóstico dos pólipos endometriais, mas a estimativa de lesões hiperplásicas e pré-malignas é baixa. A especificidade do diagnóstico visual, na histeroscopia, para detectar câncer endometrial em pólipos endometriais é baixa, e mesmo com biópsias nem todas as lesões malignas endometriais associadas aos pólipos são detectadas. Portanto seria mais prudente, ao se encontrar um pólipo endometrial durante a realização de uma histeroscopia diagnóstica, ressecar toda a estrutura encontrada para, assim, obtermos uma avaliação histológica fidedigna. O pedículo e o endométrio adjacente devem estar livres de câncer para excluir pólipos invadidos por câncer de endométrio, ou para excluir um câncer primário do pólipo que se propagou para o endométrio adjacente¹⁴.

Para decidir a melhor conduta a ser tomada na presença de pólipos endometriais deve-se considerar a necessidade de excluir malignidade, a presença de sangramento ou se existe infertilidade. Meta-análises mostram claramente que mulheres na pós-menopausa e a presença de sangramento são dois fatores cruciais de maior risco para malignidade^{1,7}. Esses dados trouxeram um pouco mais de clareza sobre quais pólipos poderiam esperar e quais exigem atenção imediata. As opções terapêuticas incluem tratamento conservador, ressecção cirúrgica por histeroscopia e a histerectomia como uma opção terapêutica radical.

Quanto ao tratamento conservador, pouco se conhece sobre a evolução natural dos pólipos endometriais, mas alguns estudos mostram que os pólipos podem regredir espontaneamente em aproximadamente 25% dos casos, principalmente os pólipos pequenos com menos de 10 mm cujo risco de malignidade é menor^{7,15,16}.

Assim, para mulheres na pré-menopausa assintomáticas sem fatores de risco para malignidade existe a opção de tratamento expectante. A remoção cirúrgica estaria indicada naquelas com: pólipos maiores de 15 mm, pólipos múltiplos e nas com infertilidade, para melhorar as taxas de gravidez^{7,15,17}.

Em relação ao tratamento cirúrgico é importante ressaltar que a remoção cirúrgica às cegas por curetagem é incompleta em cerca de metade dos casos^{16,18,19}, e por isso não deve ser usada para tratamento. Quando existe indicação cirúrgica e a histeroscopia não estiver disponível, a paciente deve ser referenciada para serviços em que é possível o tratamento histeroscópico adequado⁶.

Para mulheres pré-menopausa assintomáticas a polipectomia histeroscópica é recomendada para controle do sangramento, mostrando bons resultados em 75 a 100% dos casos²⁰. O resultado da polipectomia parece melhorar principalmente o sangramento intermenstrual; entretanto, naquelas com sangramento menstrual muito abundante pode não ser suficiente para resolução completa do sintoma. A histeroscopia cirúrgica é geralmente considerada de fácil realização em mãos de ginecologistas treinados, sendo o risco de complicações baixo, menor que 0,5%²¹.

Em mulheres pós-menopausas assintomáticas, apesar do baixo risco de malignidade, a falta de conhecimento da etiopatogenia dessas lesões polipoides ainda não nos permite uma conduta expectante com tranquilidade na pós-menopausa, mesmo na ausência de fatores de risco conhecidos. Assim, o tratamento deve ser individualizado em função da concomitância de outros fatores de risco para malignidade como pólipos maiores de 15 mm, presença de HAS, DM, obesidade, uso de tamoxifeno e o estado geral da paciente com ampla discussão e esclarecimento da paciente^{5,6}. Quando se optar por um tratamento conservador, um estreito acompanhamento dessas pacientes deverá ser realizado

com ultrassonografias pélvicas periódicas ou histeroscopia diagnóstica; entretanto, não existe na literatura recomendação sobre qual o intervalo ideal para realização desse acompanhamento. O aparecimento de sangramento ou alterações ultrassonográficas implica mudança para remoção cirúrgica imediata.

Mulheres pós-menopáusicas sintomáticas apresentam maior risco de malignidade e devem ter os pólipos removidos por histeroscopia cirúrgica para tratamento e para excluir malignidade⁵⁻⁷.

A histerectomia é uma conduta de exceção devido a sua natureza invasiva, riscos cirúrgicos e custos, devendo ser reservada para casos excepcionais⁶. Ainda assim, quando existe indicação de histerectomia, deve-se ter uma avaliação histológica endometrial prévia para afastar malignidade antes da histerectomia.

Embora os pólipos endometriais sejam comuns e a polipectomia histeroscópica amplamente realizada, não existe consenso na literatura sobre o tratamento dos pólipos e é importante lembrar que as evidências são baseadas principalmente em estudos observacionais, retrospectivos ou série de casos, o que limita a força dessas recomendações.

Referências

1. Lee SC, Kaunitz AM, Sanchez-Ramos L, Rhatigan RM. The oncogenic potential of endometrial polyps: a systematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol*. 2010;116(5):1197-205.
2. Kim KR, Peng R, Ro JY, Robboy SJ. A diagnostically useful histopathologic feature of endometrial polyp: the long axis of endometrial glands arranged parallel to surface epithelium. *Am J Surg Pathol*. 2004;28(8):1057-62.
3. Dreisler E, Stampe Sorensen S, Ibsen PH, Lose G. Prevalence of endometrial polyps and abnormal uterine bleeding in a Danish population aged 20-74 years. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2009;33(1):102-8.
4. Anastasiadis PG, Koutlaki NG, Skaphida PG, Galazios GC, Tsikouras PN, Liberis VA. Endometrial polyps: prevalence, detection, and malignant potential in women with abnormal uterine bleeding. *Eur J Gynaecol Oncol*. 2000;21(2):180-3.
5. American Association of Gynecologic Laparoscopists. AAGL practice report: practice guidelines for the diagnosis and management of endometrial polyps. *J Minim Invasive Gynecol*. 2012;19(1):3-10.
6. Salim S, Won H, Nesbitt-Hawes E, Campbell N, Abbott J. Diagnosis and management of endometrial polyps: a critical review of the literature. *J Minim Invasive Gynecol*. 2011;18(5):569-81.
7. Lieng M, Istre O, Qvigstad E. Treatment of endometrial polyps: a systematic review. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2010;89(8):992-1002.
8. Antunes A Jr, Costa-Paiva L, Arthuso M, Costa JV, Pinto-Neto AM. Endometrial polyps in pre- and postmenopausal women: factors associated with malignancy. *Maturitas*. 2007;57(4):415-21.
9. Cohen I. Endometrial pathologies associated with postmenopausal tamoxifen treatment. *Gynecol Oncol*. 2004;94(2):256-66.
10. Runowicz CD, Costantino JP, Wickerham DL, Cecchini RS, Cronin WM, Ford LG, et al. Gynecologic conditions in participants in the NSABP breast cancer prevention study of tamoxifen and raloxifene (STAR). *Am J Obstet Gynecol*. 2011;205(6):535.e1-5.
11. Costa-Paiva L, Godoy CE Jr, Antunes A Jr, Caseiro JD, Arthuso M, Pinto-Neto AM. Risk of malignancy in endometrial polyps in premenopausal and postmenopausal women according to clinicopathologic characteristics. *Menopause*. 2011;18(12):1278-82.
12. Elliott J, Connor ME, Lashen H. The value of outpatient hysteroscopy in diagnosing endometrial pathology in postmenopausal women with and without hormone replacement therapy. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2003;82(12):1112-9.
13. Hassa H, Tekin B, Senses T, Kaya M, Karatas A. Are the site, diameter, and number of endometrial polyps related with symptomatology? *Am J Obstet Gynecol*. 2006;194(3):718-21.
14. Sherman ME, Mazur MT, Kurman RJ. Benign diseases of endometrium. In: Kurman RJ (Ed.). *Blaustein's pathology of the female genital tract*. 5th ed. New York: Springer Verlag; 2002. p. 421-66.
15. Ferrazzi E, Zupi E, Leone FP, Savelli L, Omodei U, Moscarini M, et al. How often are endometrial polyps malignant in asymptomatic postmenopausal women? A multicenter study. *Am J Obstet Gynecol*. 2009;200(3):235.e1-6.
16. Svirsky R, Smorgick N, Rozowski U, Sagiv R, Feingold M, Halperin R, et al. Can we rely on blind endometrial biopsy for detection of focal intrauterine pathology? *Am J Obstet Gynecol*. 2008;199(2):115.e1-3.
17. Lieng M, Istre O, Sandvik L, Qvigstad E. Prevalence, 1-year regression rate, and clinical significance of asymptomatic endometrial polyps: cross-sectional study. *J Minim Invasive Gynecol*. 2009;16(4):465-71.
18. Bettocchi S, Ceci O, Vicino M, Marelllo F, Impedovo L, Selvaggi L. Diagnostic inadequacy of dilatation and curettage. *Fertil Steril*. 2001;75(4):803-5.
19. Nathani F, Clark TJ. Uterine polypectomy in the management of abnormal uterine bleeding: A systematic review. *J Minim Invasive Gynecol*. 2006;13(4):260-8.
20. Pérez-Medina T, Bajo-Arenas J, Salazar F, Redondo T, Sanfrutos L, Alvarez P, et al. Endometrial polyps and their implication in the pregnancy rates of patients undergoing intrauterine insemination: a prospective, randomized study. *Hum Reprod*. 2005;20(6):1632-5.
21. Jansen FW, Vredevoogd CB, van Ulzen K, Hermans J, Trimbos JB, Trimbos-Kemper TC. Complications of hysteroscopy: a prospective, multicenter study. *Obstet Gynecol*. 2000;96(2):266-70.